

2022年7月29日

# さいたま市民医療センター 第1回 レジメン説明会 大腸癌 FOLFOX, SOX, CAPOX,



 社会医療法人 さいたま市民医療センター  
大木崇弘

## 質の高い外来がん化学療法の評価

- 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設する

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)  
**(新) 連携充実加算 150点(月1回)**

文書による  
情報提供



[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付すること。

※ 患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

- (2) 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。  
 (2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。  
 ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。  
 イ 当該保険医療機関において地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。  
 ウ 保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。  
 (3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

レジメン公開

研修会

当研修は、連携充実加算算定要件に含まれる研修会です。

## COI開示

本日の内容について開示すべきCOIはございません。

社会医療法人 さいたま市民医療センター  
大木崇弘

院内採用レジメナー覧

- ホーム
- ▼ ご来院される方へ
- ▼ 当センターについて
- ▼ 特徴・取組み
- 交通アクセス
- 採用情報

ホーム > 医療関係者の方へ

医療関係者の方へ

- 紹介予約のご案内
- 診療情報提供書作成依頼
- 地域医療連携室
- 糖尿病医療連携バス
- 医療関係者向けイベントのご案内
- 保険薬局の皆様へ

保険薬局の皆様へ

保険薬局の皆様へ

- お知らせ
- 院内採用レジメナー覧
- 院外処方可能な医薬品一覧および新規薬
- さいたま市薬剤師会との院外処方せん
- 院外処方箋への臨床検査値の記載について
- 調剤過誤発生時の報告手順について

院内採用レジメナー覧

さいたま市民医療センター

ホーム

- 悪性リンパ腫
- 悪性胸膜中皮腫
- 悪性線維性組織球腫
- 胃癌

レジメン名	対象疾患	1コース期間	抗悪性腫瘍薬・投与スケジュール
セツキシマブ	RAS野生型の結腸・直腸癌	1週間	セツキシマブ 初回 400mg/m <sup>2</sup> day1 2コース目以降 250mg/m <sup>2</sup> day1
カベシタピン+ペバシズマブ	結腸・直腸癌	3週間	ペバシズマブ 7.5mg/kg day1 カベシタピン 2000mg/m <sup>2</sup> /日 day1タ-15朝
パニツムマブ	RAS野生型の結腸・直腸癌	2週間	パニツムマブ 6mg/kg day1
イリノテカン+パニツムマブ	RAS野生型の結腸・直腸癌	2週間	パニツムマブ6mg/kg day1 イリノテカン150mg/m <sup>2</sup> day1
S-1+ペバシズマブ	結腸・直腸癌	6週間	ペバシズマブ 5mg/kg day1, 15, 29 S-1 80-120mg/日 day1タ-29朝
CAPIRI	結腸・直腸癌	3週間	イリノテカン 200mg/m <sup>2</sup> day1 カベシタピン 1600mg/m <sup>2</sup> /日 day1タ-15朝
			ペバシズマブ 7.5mg/kg day1 イリノテカン 200mg/m <sup>2</sup> day1 カベシタピン 1600mg/m <sup>2</sup> /日 day1タ-15朝
			ラチン 130mg/m <sup>2</sup> day1 カベシタピン 2000mg/m <sup>2</sup> /日 day1タ-15朝

【お問い合わせ先】

さいたま市民医療センター 薬剤科  
電話・FAX：048-799-5138

# 本日お話しする内容



## ①大腸癌ガイドラインについて

…治療アルゴリズムについて毎回同じ説明をします

## ②レジメン紹介FOLFOX, SOX, CAPOX

…類似レジメンについて説明していきます

# 大腸癌に対する薬物療法の種類と目的

## 1. 補助化学療法

再発を抑制し予後を改善するのが目的

術後8か月以内に開始し、約半年間行う

R0切除が行われたStage III 大腸癌が対象

再発リスクが高いStage II 大腸癌術後にも考慮

## 2. 切除不能・再発大腸癌に対する薬物療法

延命や症状緩和などが目的

薬物療法を行わない場合の生存期間中央値(MST)は約8か月。

薬物療法によりMSTは30ヶ月を超える。





# 大腸癌の補助化学療法に用いるレジメン・薬剤

(Adjuvant therapy)

推奨度1

## オキサリプラチン併用療法

CAPOX ←当院で使用頻度が高い

FOLFOX

推奨度2

## フッ化ピリミジン単独療法

カペシタビン

5-FU(持続静注)+/-LV

UFT+LV ←当院で使用頻度が高い

S-1

MSI-High症例では  
推奨されない

イリノテカンや分子標的治療薬は使用しない！

## 本邦の保険診療として、大腸癌に対する適応が認められている標準治療に用いる薬剤

大腸癌治療ガイドライン2022年版(金原出版)一部改変

### 殺細胞性抗癌薬:

フルオロウラシル(5-FU), 5-FU+レボホリナート(HLV), テガフル ウラシル(UFT), テガフル ギメラシル オテラシルカリウム(S-1), UFT+ホリナートカルシウム(LV), カペシタビン(Cape), 塩酸イリノテカン(IRI), オキサリプラチン(OX), トリフルリジン/チピラシル塩酸塩(FTD/TPI) など

### 分子標的治療薬:

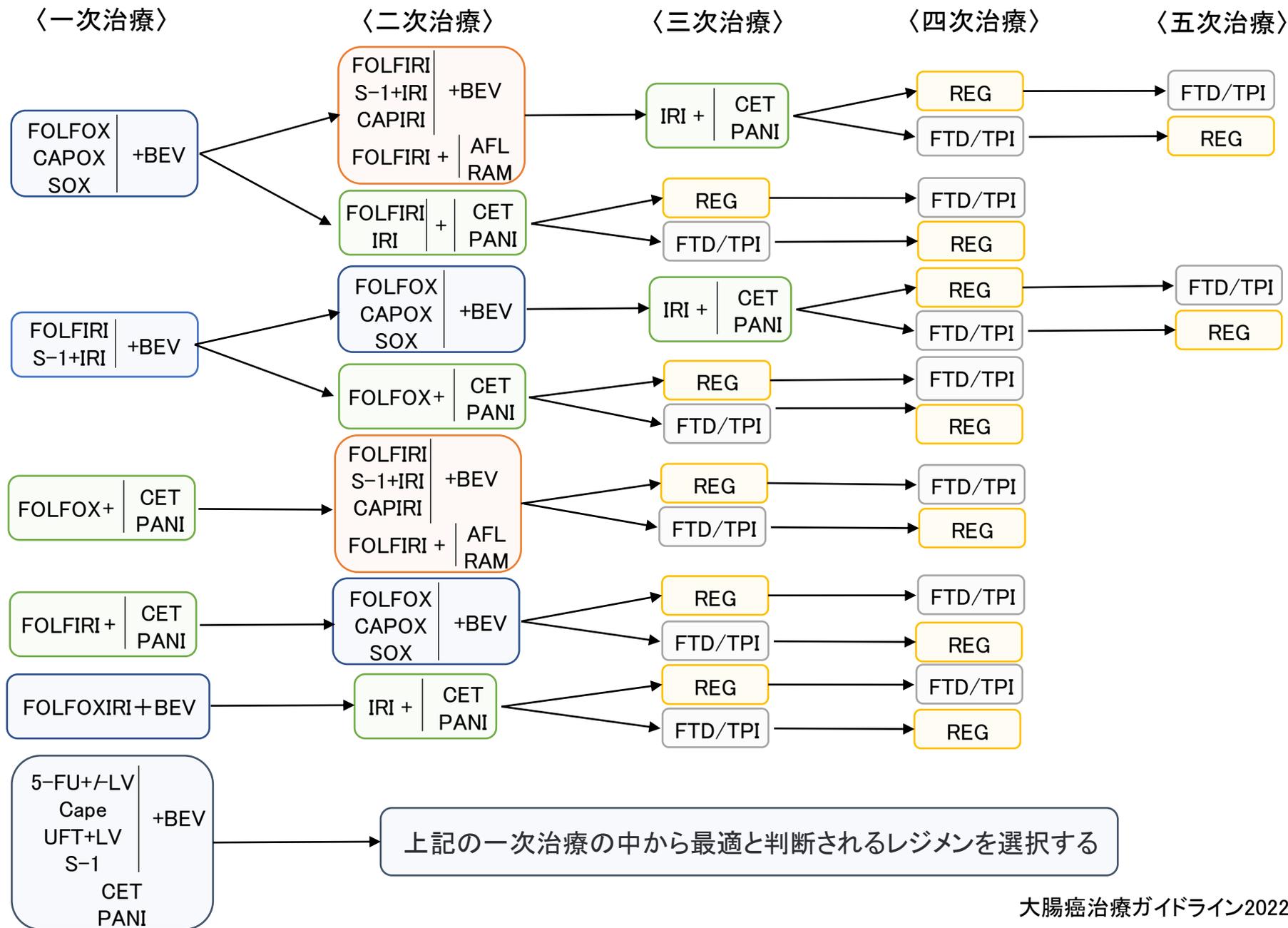
ベバシズマブ(BEV), ラムシルマブ(RAM), アフリベルセプト ベータ(AFL), セツキシマブ(CET), パニツムマブ(PANI), レゴラフェニブ(REG), エンコラフェニブ(ENCO), ビニメチニブ(BINI), エヌトレクチニブ(ENTR), ラロトレクチニブ(LARO)

### 免疫チェックポイント阻害薬:

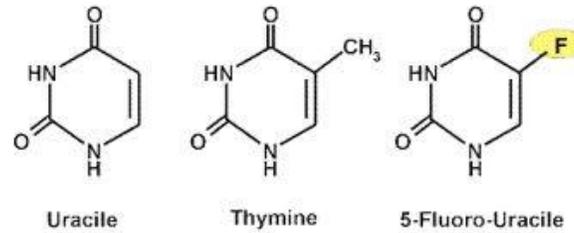
ペムブロリズマブ(Pembro), ニボルマブ(Nivo), イピリムマブ(Ipi)



# 切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法のアルゴリズム



# 消化器癌のkey drugはフルオロウラシル



1957年誕生！  
60年以上の歴史！

## ※5-FU注添付文書(協和発酵キリン)より

5-FUの抗腫瘍効果は主としてDNAの合成阻害に基づくと考えられており、腫瘍細胞内に取り込まれた5-FUがウラシルと同じ経路で代謝を受けて生じるF-deoxy UMPがチミジル酸合成酵素上で、deoxy UMPと拮抗してチミジル酸の合成を抑制することにより、DNAの合成が阻害されることが考えられている。

他方、5-FUはウラシルと同じくRNAにも組み込まれてF-RNAを生成することや、リボゾームRNAの形成を阻害することも知られており、これらのことも本剤の抗腫瘍効果発現に関与すると考えられている。

⇒ DNA指向性細胞障害とRNA指向性細胞障害を有する

⇒ F-deoxy UMPを活性本体とするプロドラッグである

⇒ S期に作用する、細胞周期依存型の薬剤である

## 本邦の保険診療として、大腸癌に対する適応が認められている標準治療に用いる薬剤

大腸癌治療ガイドライン2022年版(金原出版)一部改変

### 殺細胞性抗癌薬:

フルオロウラシル(5-FU), 5-FU+レボホリナート(LV), テガフル ウラシル(UFT), テガフル ギメラシル オテラシルカリウム(S-1), UFT+ホリナートカルシウム(LV), カペシタビン(Cape), 塩酸イリノテカン(IRI), オキサリプラチン(OX), トリフルリジン/チピラシル塩酸塩(FTD/TPI) など

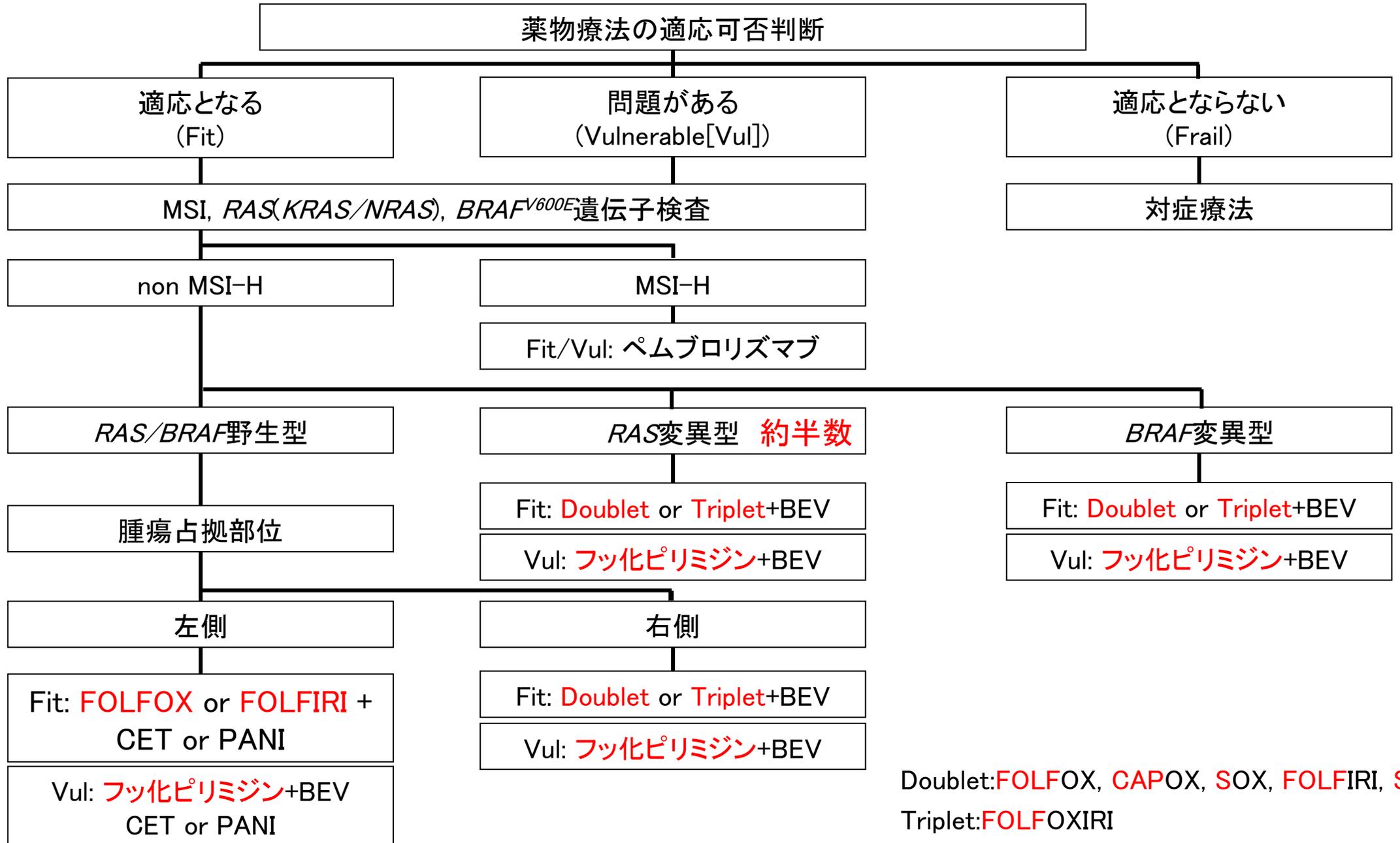
### 分子標的治療薬:

ベバシズマブ(BEV), ラムシルマブ(RAM), アフリベルセプト ベータ(AFL), セツキシマブ(CET), パニツムマブ(PANI), レゴラフェニブ(REG), エンコラフェニブ(ENCO), ビニメチニブ(BINI), エヌトレクチニブ(ENTR), ラロトレクチニブ(LARO)

### 免疫チェックポイント阻害薬:

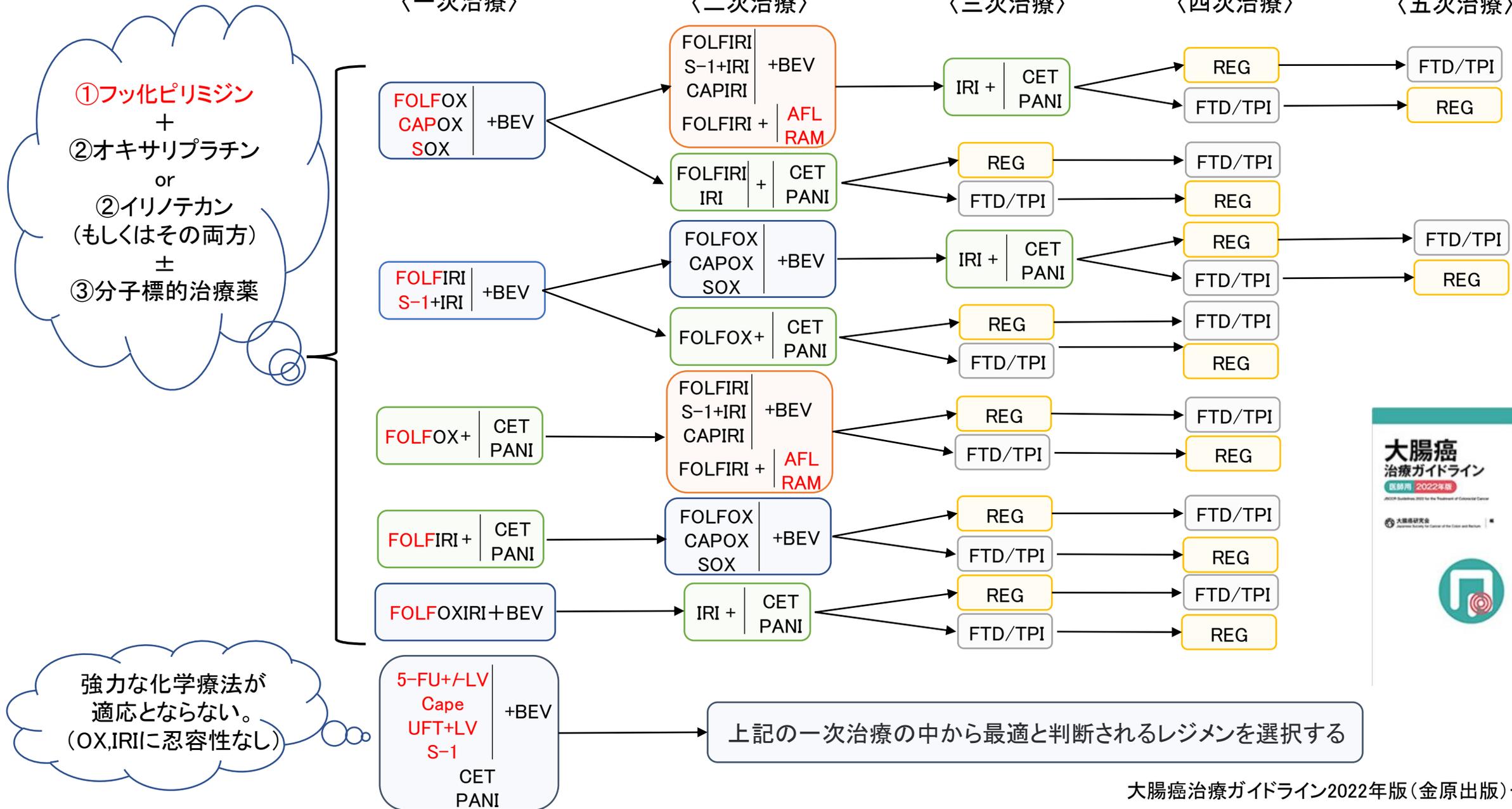
ペムブロリズマブ(Pembro), ニボルマブ(Nivo), イピリムマブ(Ipi)





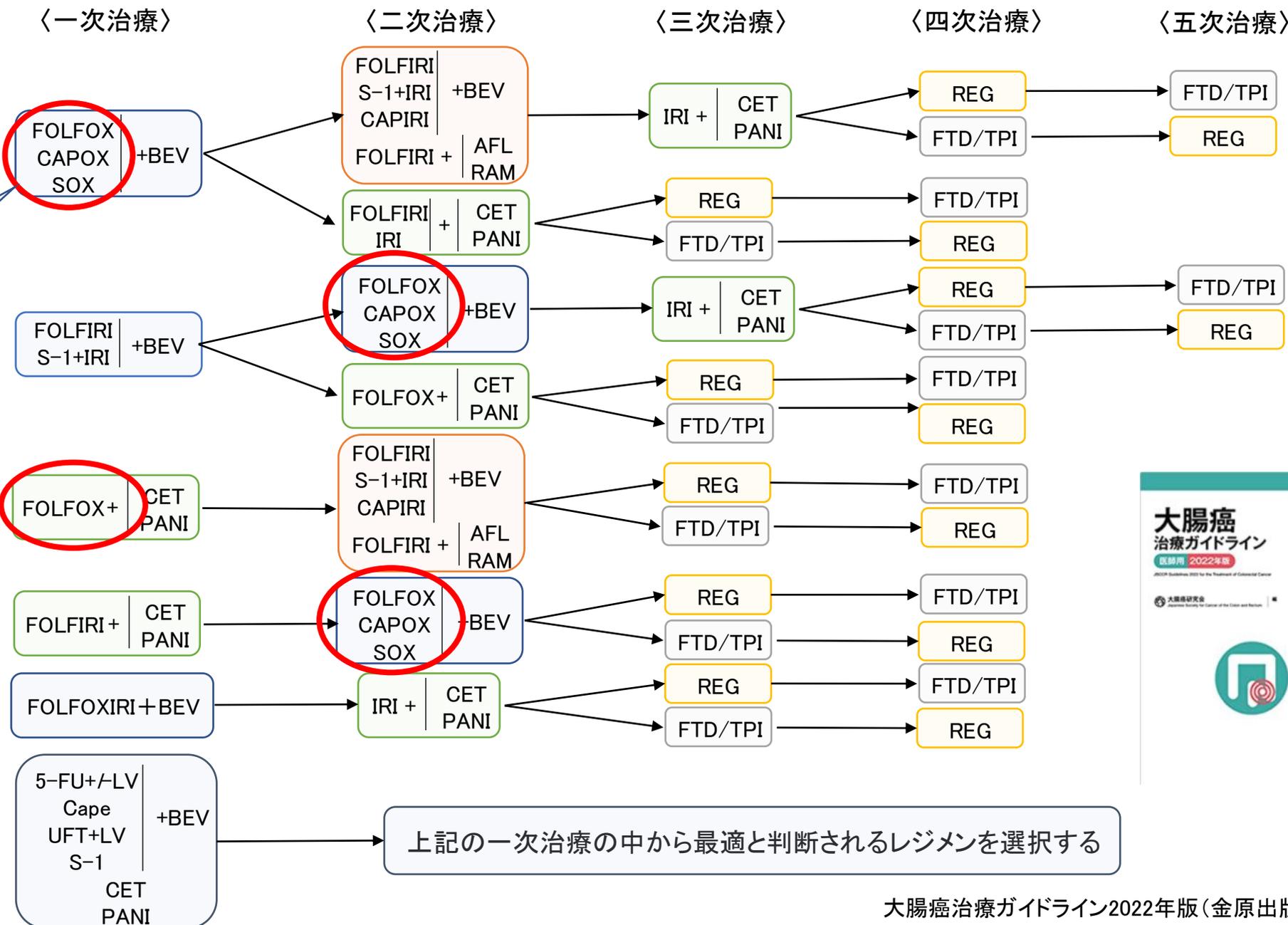
Doublet: FOLFOX, CAPOX, SOX, FOLFIRI, S-1+IRI  
Triplet: FOLFOXIRI

# 切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法のアルゴリズム

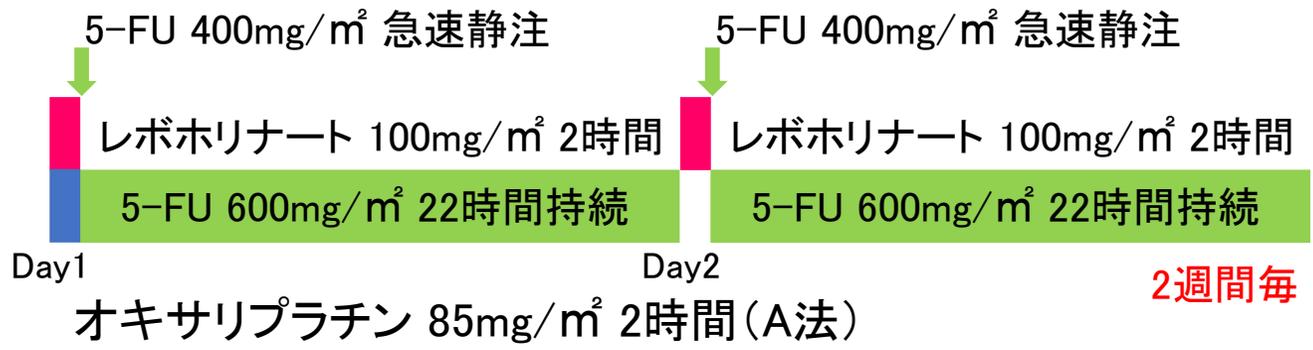


# 切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法のアルゴリズム

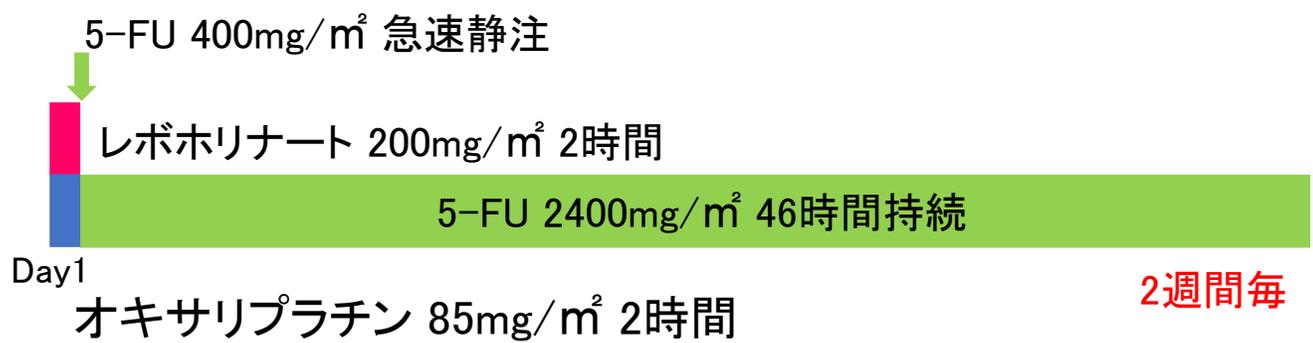
今回はこの辺の話をする。



# FOLFOX 急速静注、持続静注、ホリナート併用など投与方法が確立していった。



de Gramont regimen  
(ド・グラモン)  
+OX → FOLFOX4



sLV5FU2 regimen  
(簡略ド・グラモン)  
+OX → mFOLFOX6



中心静脈から投与

# SOX 5-FUの半減期は15分程度… ⇒プロドラッグ化

オキサリプラチン130mg/m<sup>2</sup> 2時間(B法)

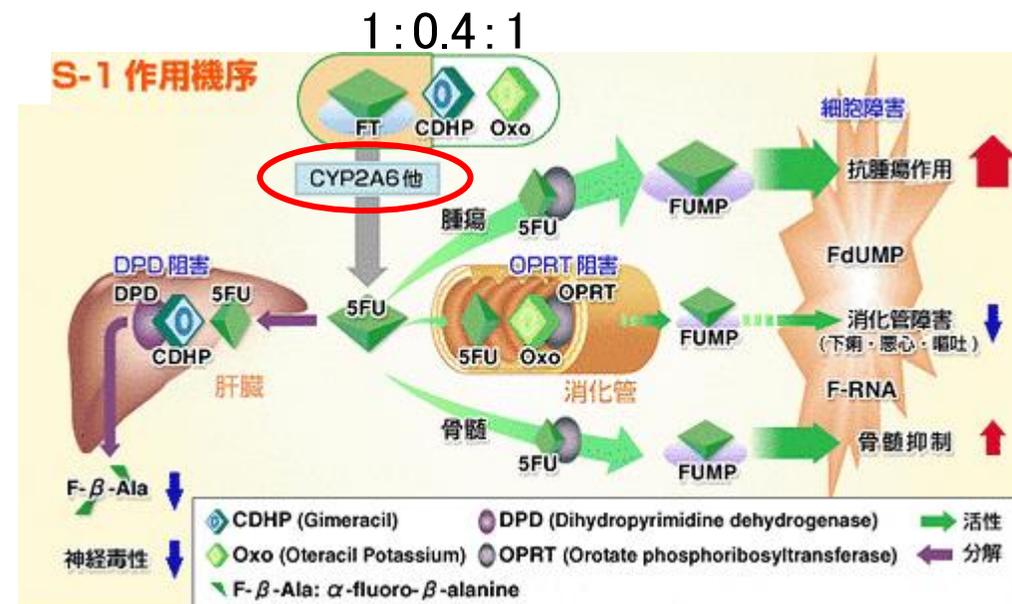


S-1 80-120mg/day 分2 2週間 **3週間毎**  
(d1夕-d15朝)

パロノセトロン  
デキサメタゾン 15分 → オキサリプラチン 120分

S-1の用量

1.25m <sup>2</sup> 未満	40mg/回
1.25m <sup>2</sup> 以上~1.5m <sup>2</sup> 未満	50mg/回
1.5m <sup>2</sup> 以上	60mg/回



# CAPOX

オキサリプラチン130mg/m<sup>2</sup> 2時間



Cape 2000mg/m<sup>2</sup>/day 分2 2週間 **3週間毎**  
(d1 夕-d15 朝)

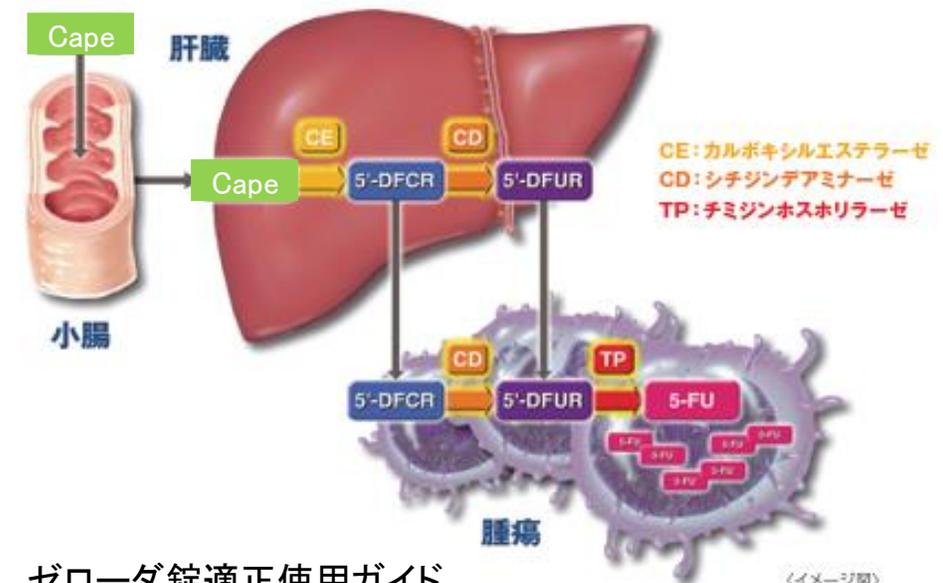
パロノセトロン  
デキサメタゾン  
15分



オキサリプラチン  
120分

Capeの用量(C法)

1.36m <sup>2</sup> 未満	1200mg/回
1.36m <sup>2</sup> 以上1.66m <sup>2</sup> 未満	1500mg/回
1.66m <sup>2</sup> 以上1.96m <sup>2</sup> 未満	1800mg/回
1.96m <sup>2</sup> 以上	2100mg/回



ゼローダ錠適正使用ガイド

<イメージ図>

# FOLFOX, SOX, CAPOXの代表的な有害事象

骨髄機能抑制(好中球減少症、血小板減少症、貧血、汎血球減少)

消化器症状(悪心、嘔吐、食欲不振、下痢、便秘、口内炎)

末梢神経症状      血管痛

アレルギー症状(ショック、アナフィラキシー 等)

皮膚の障害(手足症候群、色素沈着、爪の障害 等)

# FOLFOX, SOX, CAPOXは中等度催吐リスクレジメン (30~90%の催吐リスク)

## ② 中等度催吐性リスクの注射抗がん薬に対する制吐療法

(制吐薬適正使用ガイドライン(日本癌治療学会))

	1	2	3	4	5 (日)
<b>(中等度催吐性リスク) (抗がん薬投与前)</b>					
カルボプラチン使用時(→CQ 2, 3), (オプション: オキサリプラチン, イホスファミド, イリノテカン, メトトレキサートなど)					
アプレピタント (mg)	125	80	80	*括弧内は代替用量	
もしくは ホスアプレピタント(mg) (NK1受容体拮抗薬)	150				
5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬	○				
デキサメタゾン (mg)	4.95 (3.3)*	4	4	4	
<b>その他のレジメン</b>					
5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬 (パロノセトロン)	○	2日目以降のデキサメタゾンは省略しています。			
デキサメタゾン (mg)	9.9 (6.6)*	8	8	8	
注) デキサメタゾンを積極的に利用できない場合は、デキサメタゾン 2~4 日間の代わりに、5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬 2~4 日間を追加する(→CQ5参照)。					
	急性	遅発性			



吐き気が強い(強そうな)場合は追加を検討します。

NK1受容体拮抗薬を使用するとデキサメタゾンのAUCが約2倍になります。

オランザピン5mgを追加する場合もあります。(糖尿病は禁忌)

※制吐剤追加の提案時は、抗がん剤以外の可能性を除外する必要があります。

こちら

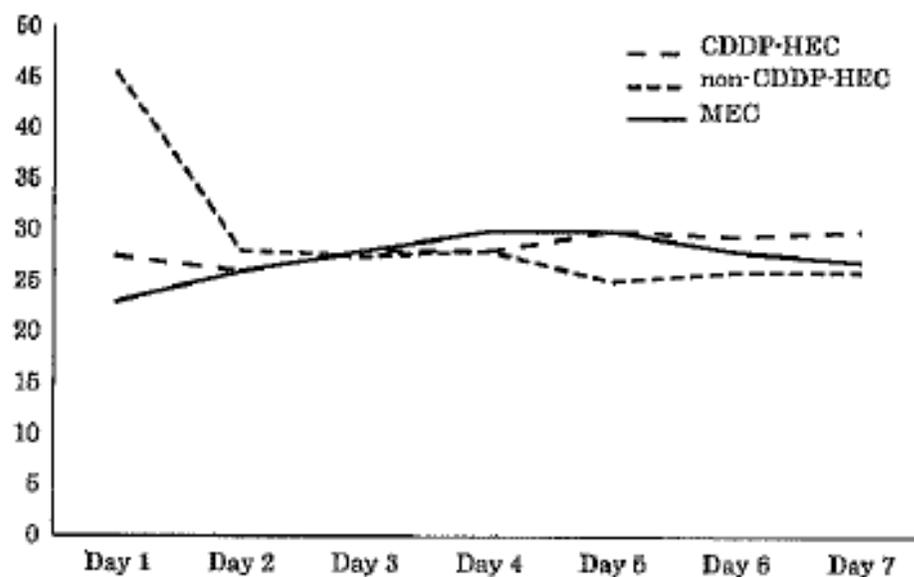
# Testing the effectiveness of antiemetic guidelines: results of a prospective registry by the CINV Study

## Group of Japan

[Kazuo Tamura](#) , [Keisuke Aiba](#), [Toshiaki Saeki](#), [Yoichi Nakanishi](#), [Toshiharu Kamura](#), [Hideo Baba](#), [Kazuhiro Yoshida](#), [Nobuyuki Yamamoto](#), [Yuko Kitagawa](#), [Yoshihiko Maehara](#), [Mototsugu Shimokawa](#), [Koichi Hirata](#), [Masaki Kitajima](#) & [CINV Study Group of Japan](#)

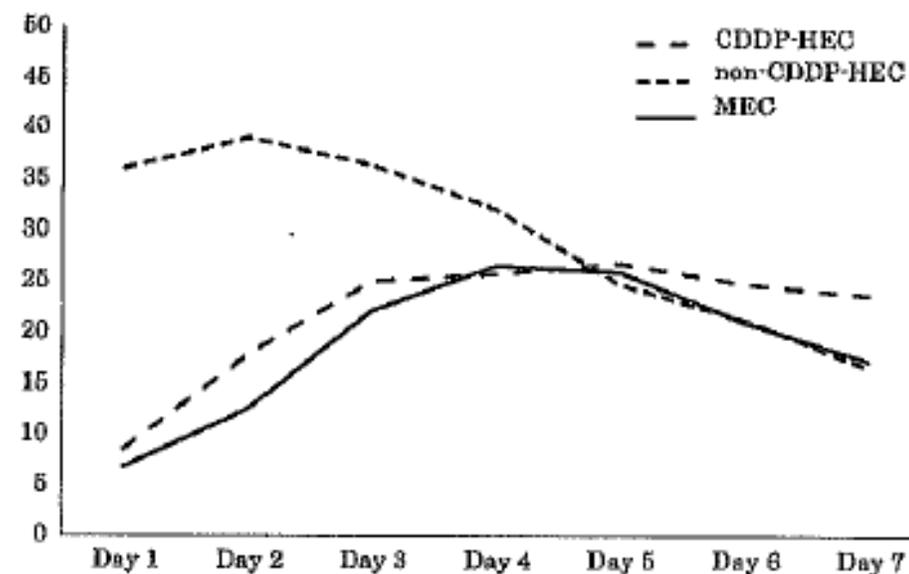
### 悪心の強さ

Severity of nausea measured by VAS (mm)



### 悪心の発現時期

Incidence of nausea (%)



中等度催吐リスクレジメン(MEC)の悪心は遅れて出現する傾向にある

# 下痢 (Diarrhea) の重症度評価 CTCAE Ver.5

Grade1	<ul style="list-style-type: none"><li>・ベースラインと比べて&lt;4回/日の排便回数増加</li><li>・ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度に増加</li></ul>
Grade2	<ul style="list-style-type: none"><li>・ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加</li><li>・ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加</li><li>・身の回り以外の日常生活動作の制限 <small>食事の準備、買い物など</small></li></ul>
Grade3	<ul style="list-style-type: none"><li>・ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加</li><li>・入院を要する</li><li>・ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加</li><li>・身の回りの日常生活動作の制限</li></ul>
Grade4	<ul style="list-style-type: none"><li>・生命を脅かす</li><li>・緊急処置を要する</li></ul>

# 下痢への対応

まずは抗がん剤以外の可能性を除外  
(急性下痢の90%以上は**感染性**)

全Gradeにおいて、乳製品やアルコールの摂取を控え、  
飲水、易消化性食品の頻回摂取に努める。

ロペラミドなどの止痢剤の使用を検討する。

Grade3以上の場合は原則入院、輸液を行う。

# オキサリプラチンによる末梢神経症状 (添付文書に記載されている発現頻度は96.6%)

- …オキサリプラチンは機能障害を伴う重度の感覚異常または知覚不全のある患者には**禁忌**
- …末梢神経症状はオキサリプラチンの**用量制限毒性(DLT)**

## 急性の末梢神経症状

神経細胞の細胞膜にてoxalateとCaがキレートを形成し、Naチャネル流入を阻害することによると推定されている。

しびれ、刺すような痛み、感覚異常などを生じ、冷たいものへの曝露により誘発または悪化する。

**投与直後から1～2日以内**に生じる一過性の症状で、ほとんどが14日以内に回復する。

## 持続性の末梢神経症状 ←特に問題となるのはこちら

後根神経節細胞にオキサリプラチンが蓄積し、細胞の代謝や軸索原形質輸送が障害されることによると推定されている。

14日以上持続し、**遅発性・蓄積性**で**用量依存的**に発現する。

**重症度に応じて休薬や減量が必要です。**

## 末梢神経症状

## 最悪時(主治医判断)までの本剤投与量

285例のうち、FOLFOX法施行例216例における最悪時までの投与量が不明な35例を除いた181例について、最悪時までの本剤投与量の分布を図1に示しました。本剤投与量の中央値は763mg/m<sup>2</sup> (範囲：75～3,367mg/m<sup>2</sup>) で、特に601mg/m<sup>2</sup>以上になると最悪時に至る症例が比較的多く報告されました。

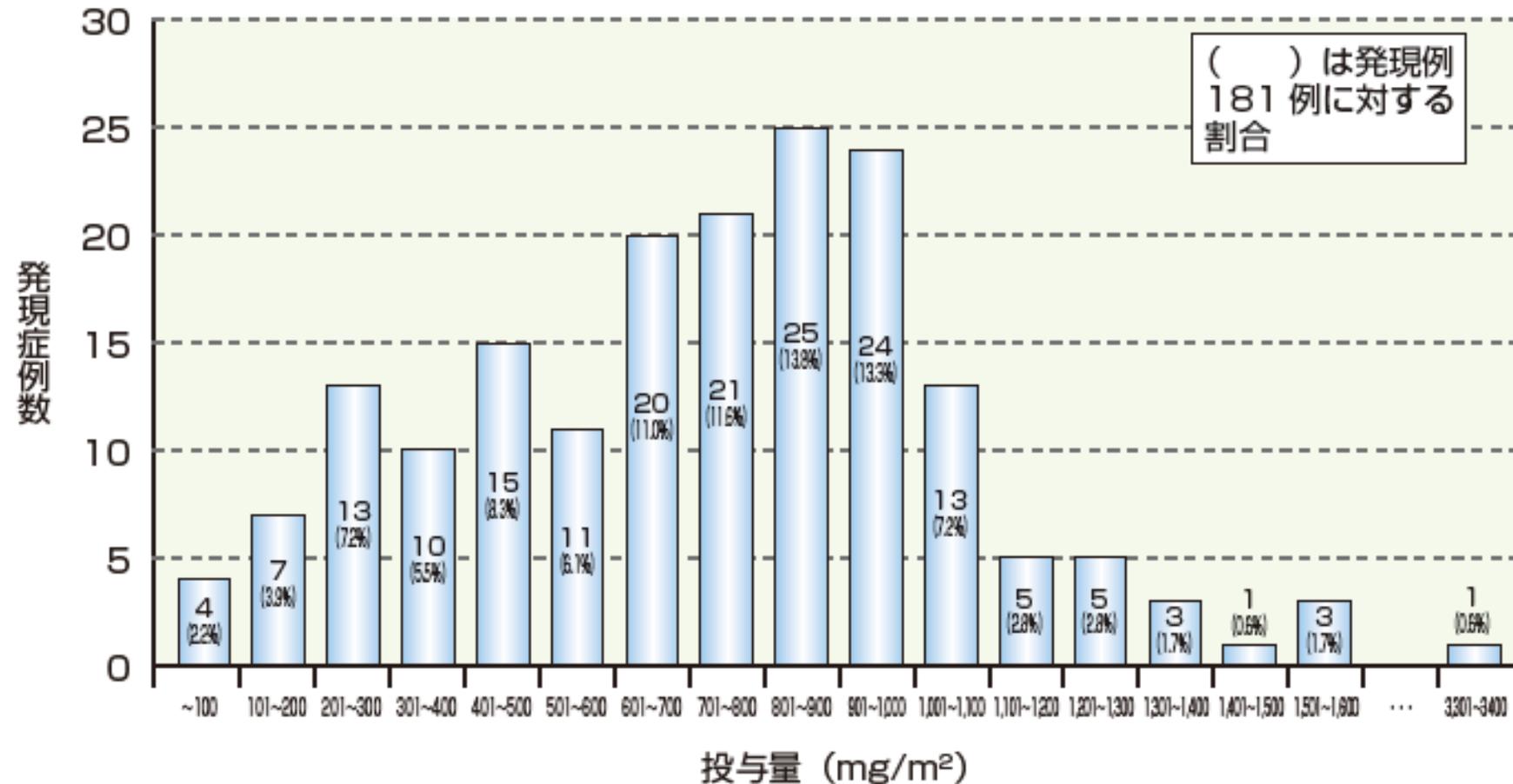


図1 重篤となった末梢神経症状の最悪時までの投与量

## 末梢神経症状

## 最悪時（主治医判断）までのサイクル数

285例のうち、FOLFOX法施行例216例における最悪時までのサイクル数が不明な8例を除いた208例について、最悪時までのサイクル数の分布を図2に示しました。最悪時までのサイクル数の中央値は10サイクル(範囲：1～38サイクル)ですが、1～4サイクル目の比較的投与初期から最悪に至った症例も認めていますので、十分注意してください。

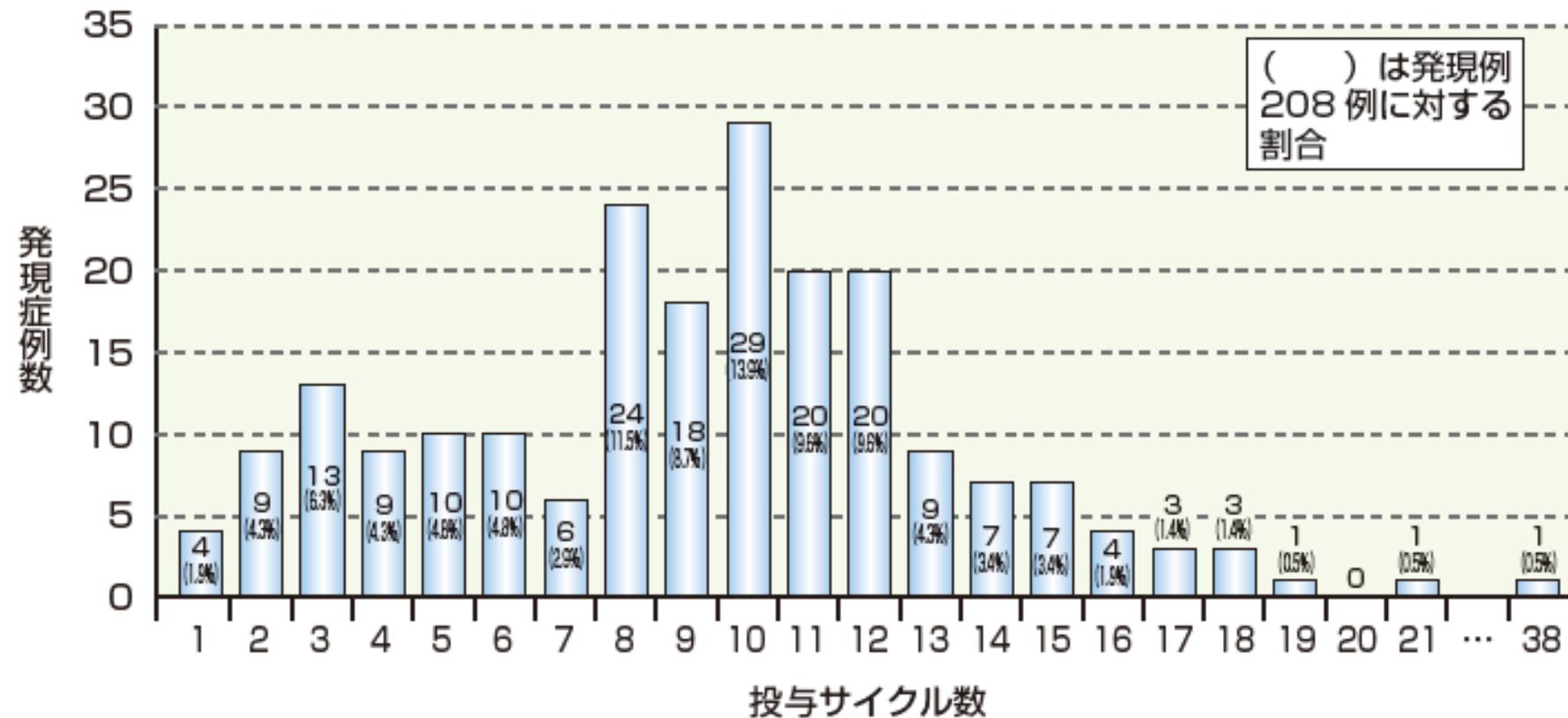


図2 重篤となった末梢神経症状の最悪時までのサイクル数

# 化学療法誘発性末梢神経障害(CIPN)に対する薬物療法



エビデンスレベルA(高い), B(中等度), C(低い), D(非常に低い)

推奨度1(行うよう強く推奨), 2(行うよう弱い提案), 3(明らかでない), 4(行わないよう弱く提案), 5(行わないよう強く推奨)

## 推奨 牛車腎気丸 推奨度4B(やらない方がいいと思います)

オキサリプラチンによる CIPN 症状(しびれ, 疼痛)の予防として牛車腎気丸の投与は推奨しない。

**4B** 投与しないことの弱い提案, 効果は否定的であるという中等度のエビデンス

## 推奨 プレガバリン 推奨度3D(行うことは否定しません)

CIPN の症状(しびれ, 疼痛)の緩和にプレガバリンの投与を推奨できるだけのエビデンスはない。

**3D** 投与することの有効性は明らかでない, 非常に低いエビデンス

## 推奨 ビタミンB12 推奨度3D(行うことは否定しません)

CIPN の症状(しびれ, 疼痛)の緩和にビタミン B12 製剤の投与を推奨できるだけのエビデンスはない。

**3D** 投与することの有効性は明らかでない, 非常に低いエビデンス

## 推奨 デュロキシセチン 推奨度2B(試してみてもよい)

CIPN の症状(しびれ, 疼痛)の緩和に, デュロキシセチンの投与を推奨できるだけの十分なエビデンスはないが, 特定の患者に試してみてもよい。

**2B** 投与することの弱い提案, 効果があるという中等度のエビデンス

## 推奨 ガバペンチン 推奨度4B(やらない方がいいと思います)

CIPN の症状(しびれ, 疼痛)の緩和にガバペンチンの投与は推奨しない。

**4B** 投与しないことの弱い提案, 効果は否定的であるという中等度のエビデンス

## 推奨 NSAIDs 推奨度3D(行うことは否定しません)

CIPN の疼痛に非ステロイド性消炎鎮痛薬の投与を推奨できるだけのエビデンスはない。

**3D** 投与することの有効性は明らかでない, 非常に低いエビデンス

## 推奨 オピオイド 推奨度3C(行うことは否定しません)

CIPN の疼痛にオピオイドの投与を推奨できるだけのエビデンスはない。

**3C** 投与することの有効性は明らかでない, 低いエビデンス

※デュロキシセチンは末梢神経障害性疼痛に適応がない

※OXによる末梢神経障害に対するNNT(治療必要例数)は9

# コースティング

オキサリプラチンやシスプラチンなどの白金製剤の投与を終了した後も2～6カ月にわたりCIPNが増悪する症例が存在するとの報告があり、“coasting”と呼ばれている。coastingによるCIPNはその後、比較的容易に改善しやすいとの報告がある。coastingの発症機序やリスク因子は明らかではない。

	触覚, 温冷覚障害	振動, 関節覚障害	神経障害性 疼痛	運動障害	自律神経 障害	コースティング* (治療後の増悪)
シスプラチン	++	+++	++	-	+	+++
オキサリプラチン	++	+	+	-	-/+	++
パクリタキセル	++	+	+	++	-/+	-/+
ピンクリスチン	++	++	++	++	+++	+
ボルテゾミブ	+++	+++	+++	+	-/+	-



オキサリプラチン中止後、しびれが増悪することがあります。



# アナフィラキシーを起こしやすい抗がん剤

L-アスパラギナーゼ（ロイナーゼ） …  $\geq$  Grade3 11.0%

## 白金製剤

カルボプラチン … 全Grade 12%,  $\geq$  Grade3 6.8%

オキサリプラチン … 全Grade 2.45–20.6%,  $\geq$  Grade3 0.2–2%

## タキサン

パクリタキセル … 全Grade 20.9%,  $\geq$  Grade3 0.6%

ドセタキセル … 全Grade 6.9%,  $\geq$  Grade3 0.6%

# アナフィラキシー等の発現タイミング

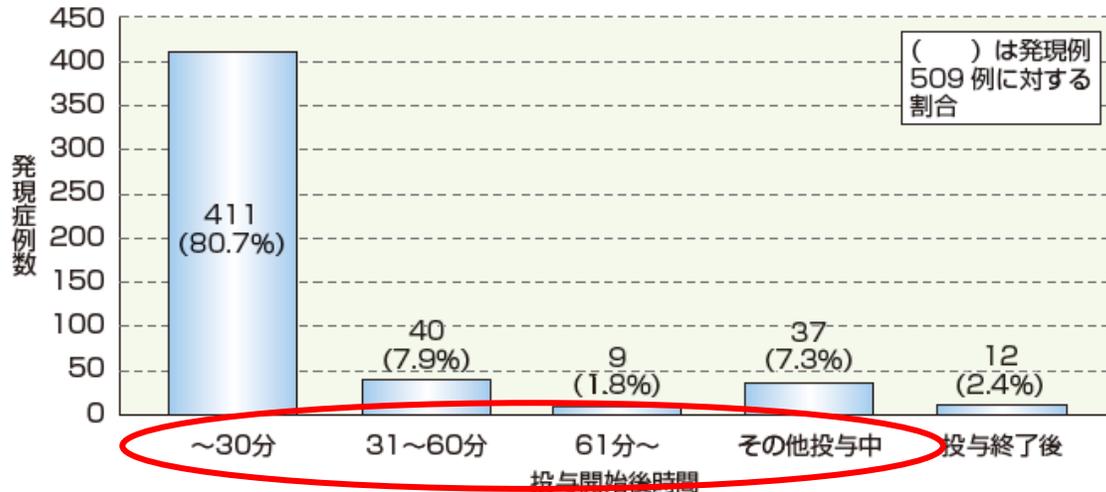


図3 アナフィラキシー等の発現時期

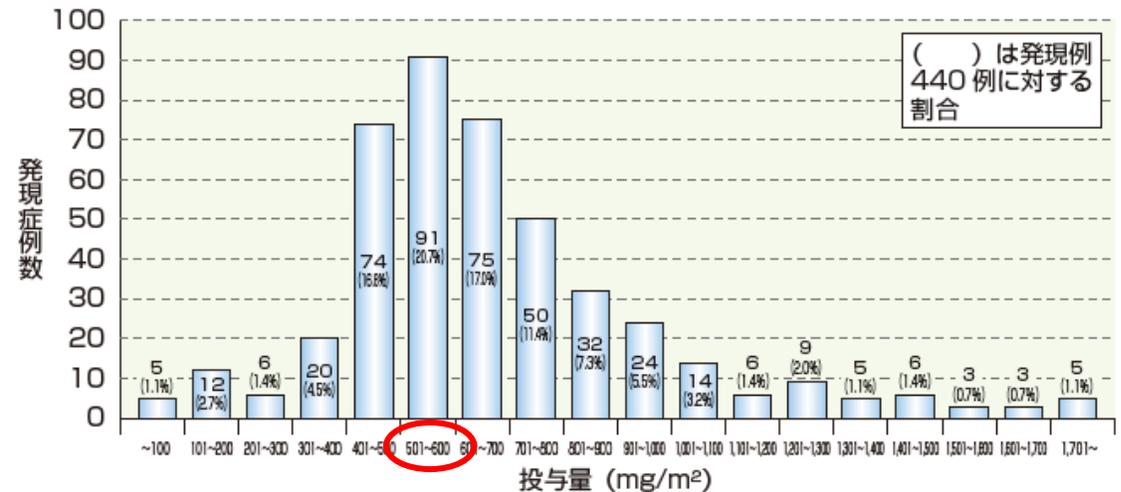


図4 アナフィラキシー等の発現までの本剤投与量

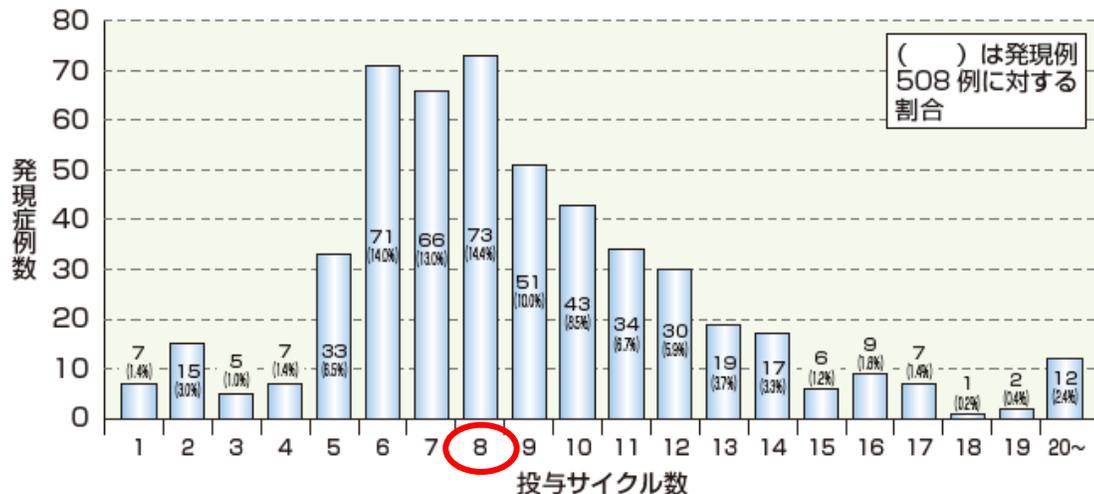


図5 アナフィラキシー等の発現までのサイクル数

※ほとんどが投与中に発現。

※発現までの投与量中央値は約600mg/m<sup>2</sup>  
(発現サイクル数中央値はFOLFOLXで約8)

## アナフィラキシーの主な徴候と症状出現頻度

### 皮膚症状

90%

蕁麻疹、血管性浮腫 85-90%

顔面紅潮 45-55%

発疹のない痒み 2-5%

めまい、失神、**血圧低下** 30-35%

### 腹部症状

嘔吐、下痢、腹痛 25-30%

### 呼吸器症状

40-60%

呼吸困難、喘鳴 45-50%

喉頭浮腫 50-60%

鼻炎 12-20%

### その他

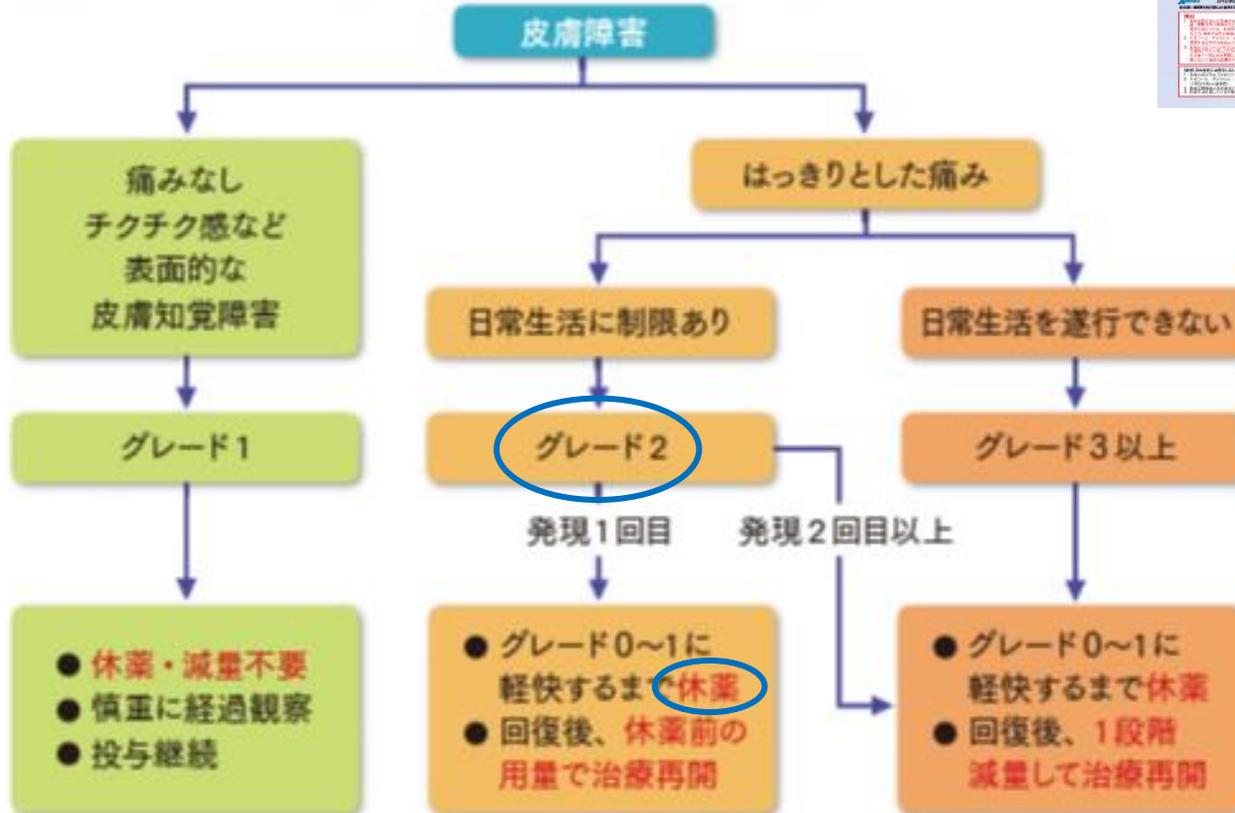
頭痛 5-8%

胸痛 4-6%

# 手足症候群 Hand-Foot Syndrome

## HFS 発現から休薬・減量・再開までのフローチャート

実臨床における、ゼローダによるHFSが発現した場合の対処の流れを以下に示します。



注) 3段階以上の減量は不可  
その場合、投与中止



色素沈着  
紅斑



発赤、腫脹  
軽度の疼痛



亀裂  
疼痛

刺激を避け、保湿をする。Grade2で休薬。

# 腎機能による用量調節

**オキサリプラチン** …シスプラチンやカルボプラチンよりは尿細管壊死の頻度は低いとされる

CLcr 20mL/min以上：減量の必要なし

CLcr 20mL/min未満：使用中止

**フルオロウラシル** …約80%が肝臓のDPDで代謝される。添付文書では腎障害時は慎重投与の記載あり

血清Cr 3.0mg/dL以上：使用中止

**S-1** …腎機能低下時はギメラシルの排泄が遅延し、血中フルオロウラシル濃度が上昇する

CLcr 80mL/min以上：減量の必要なし

CLcr 60mL/min以上～80mL/min 未満：減量の必要なし(必要に応じて1段階減量)

CLcr 30mL/min以上～60mL/min 未満：原則として1段階以上の減量

CLcr 30mL/min未満：使用中止 (30～40未満は2段階減量が望ましい)

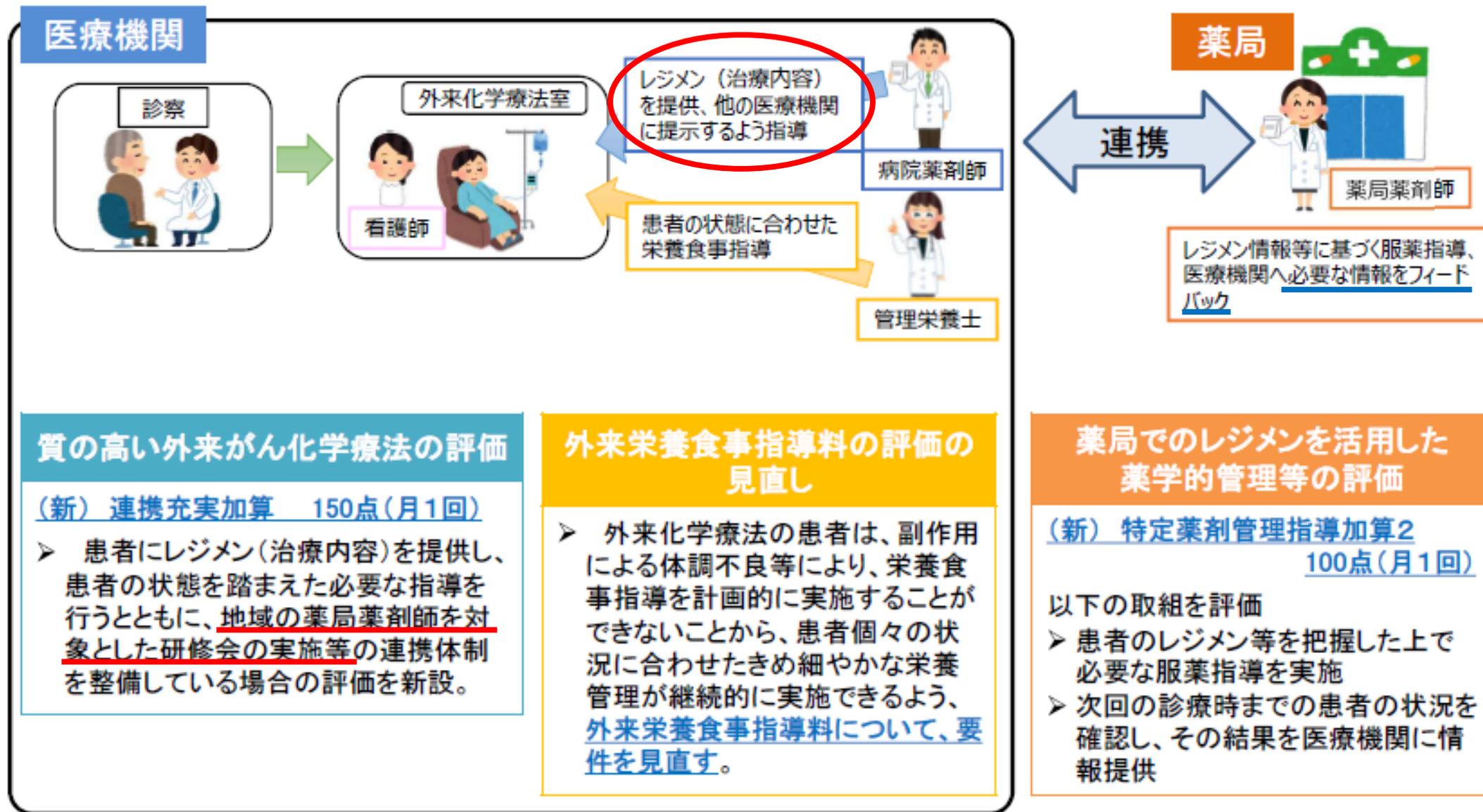
**カペシタビン** …ほとんどが尿中排泄

CLcr 30mL/min以上～50mL/min 未満：25%減量

CLcr 30mL/min未満：使用中止



## 外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



### 質の高い外来がん化学療法の評価

#### (新) 連携充実加算 150点(月1回)

- 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設。

### 外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

### 薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

#### (新) 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回)

- 以下の取組を評価
- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
  - 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供

がん薬物療法に関する情報提供書

ID: 氏名:

レジメン名		薬品名	投与量
コース数			
身長	cm		
体重	kg		
体重変化	ml		

●前コースでの主な有害事象発現状況(CTCAE ver.5) ※血液・生化学検査結果は処方せんをご参照下さい。

症状	なし	グレード1	グレード2	グレード3
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲は落ちたが、食生活に変化はない。	<input type="checkbox"/> 食事の量は減ったが、体重はあまり落ちていない。	<input type="checkbox"/> 食事や飲水量が不十分。入院や点滴が必要。
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽く、治療を要さない。	<input type="checkbox"/> 外来で点滴や内服治療が必要である。	<input type="checkbox"/> 入院して点滴治療等が必要である。
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽く、治療を要さない。	<input type="checkbox"/> 食事は摂れるが、痛みや潰瘍がある。食事は症状に合わせる必要がある。	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食事が摂れない。
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 排便回数が、普段と比べて1日3回の範囲内で増える。	<input type="checkbox"/> 排便回数が、普段と比べて1日4-6回の範囲内で増える。日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 排便回数が、普段と比べて1日7回以上増える。日常生活に支障がでる。
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ととき下剤などを使う必要がある。	<input type="checkbox"/> 症状が続き、下剤を毎日使用する。日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 換便の必要がある。日常生活に支障がでる。
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。	<input type="checkbox"/> だるさはあるが、日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 日常生活を制限するほど強いだるさがある。
しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い症状。日常生活に影響しない。	<input type="checkbox"/> 中等度の影響はあるが、日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強い症状があり、日常生活が制限される。
皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度な症状で治療を要さない。痛み、かゆみを伴わない。	<input type="checkbox"/> 痛み、かゆみを伴う。軽い治療の必要がある。	<input type="checkbox"/> 日常生活がままならない。
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧120-139mmHgまたは拡張期血圧80-89mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧140-159mmHgまたは拡張期血圧90-99mmHg; 内科的治療の変更、再発性または持続性; 薬剤的薬物治療を要する。	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上; 2種類以上の薬物治療または以前よりも強い治療を要する。

その他注意事項

連携充実加算を算定するためには、薬剤師が副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供する必要があります。

有害事象はCTCAEでGradingするよう指定されています。

患者に交付するために作成していますが、必要な情報があれば盛り込もうと思います。  
(お時間頂きます)

# お返事お待ちしております！